

不育症検査及び治療費助成金交付申請書兼請求書

下妻市長 様

〒 ー

住所 下妻市

申請者氏名

印

電話

不育症検査及び治療費助成金の交付を受けたいので、下妻市不育症検査及び治療費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

治療を受けた夫婦の氏名		生年月日	
夫		年 月 日 ( 歳)	
妻		年 月 日 ( 歳)	
助成申請金額		不育症検査及び治療費	備考
	助成対象経費 (保険適用外の費用)	円	※不育症検査及び治療費医療機関受診証明書 の領収金額
	助成金額(市記入欄)	円	
金融機関名	銀行 信用金庫 組合	店	預金種別 普通 ・ 当座
口座番号			
フリガナ 口座名義人			
この申請の審査に際し、住民基本台帳及び市税の納付状況について、公簿により確認すること、及び領収書の内容について必要に応じて医療機関に照会することに同意します。			
年 月 日			
夫の氏名 妻の氏名			

※以下、市事務処理欄

住民となった日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
公簿	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 年 月 日確認者 ( )		納税	<input type="checkbox"/> 市税滞納 ( 有 ・ 無 ) 年 月 日確認者 ( )